

LA VIOLÈNCIA OBSTÈTRICA
COM A FORMA DE VIOLÈNCIA
DE GÈNERE

Revisió Bibliogràfica

Susana Garcia Torroja

Treball Final de Grau

Tutora: Dra. Concepció Fuentes Pumarola

Grau en Infermeria

Curs 2020-2021

AGRAÏMENTS

Principalment m'agradaria agrair a la meva tutora, la Dra. Concepció Fuentes, per tot el suport, ànims i bones orientacions que m'ha fet al llarg d'aquest treball. També, a la meva família per motivar-me i animar-me tant durant els anys d'universitat com el llarg del procés del treball.

Finalment, vull agrair a totes les meves amigues que he conegut al llarg de la carrera, per unir-nos tant entre nosaltres i reforçar-nos cada dia.

A totes vosaltres, gràcies.

ÍNDEX

RESUM	4
ABSTRACT	5
1.MARC TEÒRIC	6
1.1.EL CONCEPTE DE VIOLÈNCIA	6
1.2. LA VIOLÈNCIA MASCLISTA I DE GÈNERE	9
1.2.1.Conseqüències i epidemiologia de la violència masclista	10
1.2.2. Tipus de violència contra les dones i les nenes.....	11
1.2.3.Àmbits on es produeix violència masclista.....	13
1.2.5. Conseqüències de la violència masclista.....	14
1.3. VIOLÈNCIA OBSTÈTRICA	15
1.3.1. L'origen de la violència obstètrica.....	16
1.3.2. Embaràs, part i puerperi.....	17
1.3.3. Recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut sobre el part	18
1.3.4. Prevenció i eradicació del maltractament durant el part	19
2. JUSTIFICACIÓ I OBJECTIUS	21
3. MATERIAL I MÈTODES	22
4. RESULTATS.....	26
4.1. Percepció de la dona	29
4.2.Percepció dels professionals de la salut.....	32
4.3.Procediments de violència obstètrica	35
5.DISCUSSIÓ.....	38
5.1. Percepció de les dones	38
5.2. Procediments de violència obstètrica	38
5.3. Percepció del personal sanitari	38
6.LIMITACIONS I DIFICULTATS.....	38
7.CONCLUSIONS	39
8.APLICABILITAT A LA PRÀCTICA	39
BIBLIOGRAFIA	40

RESUM

Marc Teòric: En la societat actual s'ha patològitzat situacions tan naturals i normals com el procés del part i l'embaràs, provocant una relació paternalista i jerarquitzada en relació persona atesa-metge/ssa, on es deposita tota la confiança als professionals de la salut deixant a les dones en procés de part com a segon pla en qüestió de la seva dignitat i autonomia. Aquest fet provoca conductes d'acció o omisió de l'apropiació del cossos reproductius de les dones per parts del personal sanitari, duent a terme humiliacions, tractes deshumanitzadors i irrespectuosos, maltractaments físics, procediments sense consentiment, falta de confidencialitat, omisió de processos, entre d'altres.

Objectius: Identificar els diferents procediments considerats com a violència obstètrica i per tant la violència masculista durant l'embaràs i el procés de part, conèixer la percepció de les dones i dels professionals de la salut sobre la violència obstètrica.

Material i mètodes: El disseny de la investigació és una revisió bibliogràfica. La recerca s'ha realitzat en les bases de dades Scielo, Pubmed i CINHALL durant els mesos de Gener a Març del 2021. S'ha obtingut un total de 15 articles que s'han inclòs dins d'aquesta investigació després de ser aplicats els criteris d'inclusió i exclusió.

Resultats: S'ha estudiat un total de 15 articles en aquesta revisió. S'ha dividit segons la percepció de les dones, els procediments de violència obstètrica i la percepció dels professionals de la salut.

Conclusions: Els resultats obtinguts confirmen que la violència obstètrica és una discriminació actual per raó de gènere molt prevalent arreu del món. És una violència tant invisibilitzada a causa de la relació paternalista persona atesa-metge/ssa que fins i tot les dones ho accepten i es culpen a elles mateixes d'una mala atenció durant el part i l'embaràs. Els processos comporten fets molt violents i abusius cap a les dones, els quals qui l'exerceixen tampoc són conscients de que sigui un tipus de violència.

Paraules clau: *Violència obstètrica, violència contra les dones, infermeria, salut reproductiva i sexual, part humanitzat, maltractament contra les dones.*

ABSTRACT

Background: In today's society, natural and normal situations such as the process of childbirth and pregnancy have become pathological, causing a paternalistic and hierarchical relationship in the patient-doctor relationship, where all trust is placed to health professionals leaving women in the process of childbirth as a background in terms of their dignity and autonomy. This fact leads to conduct of action or omission of the appropriation of women's reproductive bodies by health personnel, carrying out humiliations, dehumanizing and disrespectful treatment, physical abuse, procedures without consent, lack of confidentiality, omission of processes, and others.

Objectives: Identify the different procedures considered as obstetric violence and therefore sexist violence during pregnancy and know the perception of women and health professionals about obstetric violence.

Methods: The design of the research is a bibliographic review. The research was carried out in the Scielo, Pubmed and CINHALL databases during the months of January to March 2021. A total of 15 articles were obtained that have been included in this research after the inclusion and exclusion criteria.

Results: A total of 15 articles were studied in this review. It has been divided according to the perception of women, the procedures of obstetric violence and the perception of health professionals.

Conclusions: The results obtained confirm that obstetric violence is a current discrimination on the grounds of gender very prevalent around the world. It is such invisible violence because of the paternalistic doctor-patient relationship that even women accept it and blame themselves for poor care during childbirth and pregnancy. The lawsuits involve very violent and abusive acts against women, who are not aware that it is a type of violence.

Keywords: *Obstetric violence, abusive delivery, violence against women, nursing, reproductive and sexual health, humanized delivery, mistreatment against women.*

1. MARC TEÒRIC

1.1. EL CONCEPTE DE VIOLÈNCIA

Per entendre la violència obstètrica, que no deixa de ser un tipus de violència de gènere, s'ha d'entendre principalment què és la violència. Segons la Organització Mundial de la Salut (OMS), la violència és (1):

“L'ús deliberat de la força física o el poder, ja sigui en grau d'amenaça o efectiva, contra un mateix, una altra persona o un grup o comunitat, que causi o tingui moltes possibilitats de causar lesions, mort, danys psicològics, trastorns del desenvolupament o privacions”.

Una altra definició de violència realitzada per Cuervo Montoya, és la següent (2):

“La violència és un acte efectiu d'intervenció, amb la intencionalitat de causar dany, perjudici o influència en la conducta d'una altra persona o en altres persones, i a la seva vegada en les seves accions potencials. El mateix acte d'intervenció pot ser exercit sobre la condició material de l'altre o sobre la seva psique”.

La violència és una de les principals causes de mort d'avui en dia. A nivell mundial, aproximadament, 470.000 persones són víctimes d'homicidi cada any (3).

Però, què és el que els impulsa a ser violents? L'OMS fa referència als diferents nivells de violència i els factors relacionats (1):

El primer nivell és l'*individual*, es tenen en compte l'història de la persona i els factors biològics que poden augmentar la probabilitat de que una persona sigui víctima o tingui actituds violentes. Els possibles factors que influeixen serien els ingressos, l'edat, la situació demogràfica, els trastorns psíquics o de personalitat, les addiccions i els antecedents a comportaments violents o d'haver patit violència anteriorment.

Al nivell *relacional*, s'enfoca a les relacions més properes com la família, els amics, la parella i els companys amb un comportament violent. Aquest tipus de violència es relaciona molt amb haver patit càstigs a la infància, la falta d'afecte i de vincles emocionals, el fet de tenir una família desestructurada, els conflictes conjugals o parentals...

El tercer nivell està determinat per actes violents en contextos *comunitaris*: escoles, els llocs de feina, el veïnat, etc. Pot estar relacionat amb les característiques dels actes violents; com podria ser la densitat de població, la pobresa, l'existència de tràfic de drogues a la zona...

El quart nivell s'enfoca als factors de caràcter general relatius a l'estructura de la *societat*, com les normes i lleis socials que creïn una inhibició d'actes violents, tot i també tenir en compte polítiques econòmiques, sanitàries, educatives que promouen desigualtats socials.

A part d'aquets nivells de violència, també trobem la classificació del Triangle de la violència segons Galtung (4), sociòleg noruec. Aquest va diferenciar la violència en cultural, estructural i directe:

La **violència cultural** es troba a la ciència, la religió, l'art, és a dir, a totes les manifestacions culturals d'una manera simbòlica, sent aquestes utilitzades o legitimades per realitzar violència i denominar-la com “cultura.” La violència cultural fa que la violència directa aparegui, inclús es percebi carregada de raó, o almenys que no sentin que estan exercint aquesta violència. Es veu reflectit com en algunes cultures els humans es destrueixen entre ells en nom de la pàtria o la religió, fins i tot ser compensats per això. També la podem veure

reflectida amb la cultura de la violació, aquella violació sexual justificada i normalitzada ja que s'alimenta de la desigualtat de gènere i el patriarcat. És un tipus de violència emmascarada i normalitzada per la societat.

La **violència estructural** és la violència que més mata i afecta a les persones. És aquella que es centra en no permetre les necessitats bàsiques i es concreta en la negació d'aquestes necessitats. Aquestes necessitats es refereixen a la llibertat, el benestar, la supervivència... És el tipus de violència més perillosa.

Per últim, la **violència directe**, és aquella violència evident, que es veu. És realitzada sobre les persones, ja sigui física o verbalment. Es concreta amb comportament (Figura 1) (5):

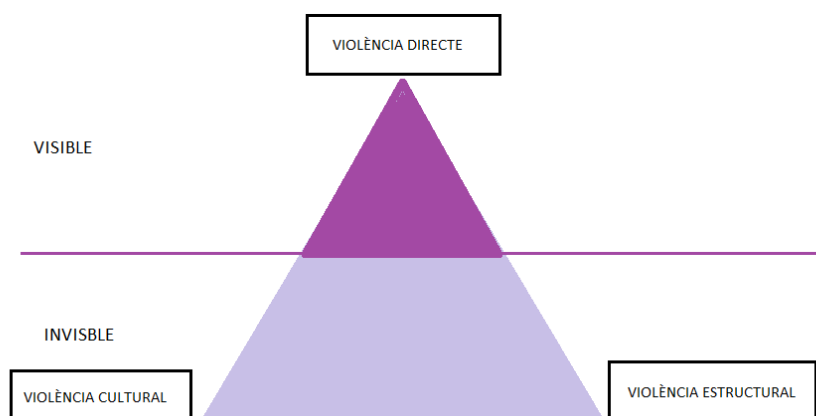


Figura 1: Tipus de violència segons Galtung (4).

Quan parlem de violència, ja sigui física o psicològica, poden arribar a tenir conseqüències psicològiques com estrès post-traumàtic, distímia, depressió i ansietat, entre d'altres. Aquestes afectacions estan relacionades amb la relació de l'entorn social, el tipus de relació entre la víctima i la persona que efectua la violència i la resistència psicològica per la persona que rep la violència (6). Apart de les conseqüències psicològiques directes, la violència també està relacionada amb malalties com càncers, malalties cardíaques, accidents cardiovasculars i VIH/sida, doncs les persones que han rebut violència estan condicionades a dur a terme comportaments de risc, com consumir tabac, alcohol drogues i pràctiques sexuals de risc. Així doncs, pot provocar una mort en edats joves o una mala salut per la resta de la vida (7).

La violència també afecta a aquelles que no la reben directament, però la reben mitjançant la visualització o la proximitat afectiva amb la víctima principal. Els amics i amigues, familiars, testimonis, sanitaris, personal de rescat, pel fet de conèixer el fet, ja són víctimes secundàries (6).

Per aquests motius, la violència és un problema de salut pública i aquesta es pot prevenir per poder proporcionar benestar a la població. Un marc de quatre passos per poder prevenir la violència, seria el següent (3):

1. Definir el problema
2. Identificar les causes i els factors de risc
3. Dissenyar i avaluar les intervencions
4. Incrementar en escala les intervencions que són efectives.

Per la eradicació de la violència resulta fonamental la prevenció d'aquesta, la qual es duria a terme actuant simultàniament a diferents nivells (1):

Principalment, fer front als factors de risc individuals i promoure comportaments saludables en nens i joves que ja s'han tornat violents o que tenen el risc d'atemptar contra ells mateixos. Tenir en compte les desigualtats de gènere i a les pràctiques culturals que atemptin contra les dones. Fer èmfasi en aquest aspecte en les relacions més properes i centrar-se en crear àmbit familiars saludables, així com poder oferir ajuda professional a famílies disfuncionals. Per altra banda, tenir en compte els factors culturals, socials i econòmics que poden fonamentar les desigualtats i que produeixen situacions de violència, fomentant el mateix accés a tothom de bens, serveis i oportunitats. Finalment, vigilar els espais públics, com les escoles, els llocs de feina, els veïnats; per prendre mesures a destinades a fer front als problemes que poden causar violència, promoure activitats comunitàries i assegurar el recolzament a víctimes de violència.

1.2. LA VIOLÈNCIA MASCLISTA I DE GÈNERE

Després de descriure el terme violència ens centrarem a la Violència de Gènere (VG) o Violència Masclista (VM).

La Violència contra les dones o VG és definida per l'OMS (8) com "Tot acte de violència de gènere que resulti, o que pugui tenir com a resultat un dany físic, sexual o psicològic cap a la dona, incloent les amenaces d'aquests actes, la coacció o la privació arbitrària de la llibertat, tant si es produeixen a la via pública com a la privada".

La violència contra les dones en totes les seves dimensions i manifestacions consisteix en la violació dels drets humans més estesa al món, afecta totes les cultures, grups socials i d'edat i constitueix un atemptat contra la dignitat, llibertat i integritat de les dones (9).

L'Institut Català de les Dones es refereix a la VG com "aquella que s'exerceix sobre les dones per part de qui estan o hagin estat lligades a elles per relacions d'afectivitat. L'objectiu de l'agressor a produir dany o aconseguir el control de la dona, pel que es produeix de manera continuada en el temps i sistemàtica en la forma, com part de la mateixa estratègia" (10).

A Catalunya, amb la Llei 5/2008 del dret de les dones a eradicar la violència masclista (11), incorpora la definició jurídica de **Violència Masclista (VM)** com la violència que s'exerceix contra les dones, com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions, tingui com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat.

Des de la perspectiva d'Osborne (12) la violència contra les dones s'exerceix mitjançant una combinació de factors que van des de la coacció directa fins les vies indirectes que responen a una situació de dominació en totes les seves ordres. Des d'un òptica de gènere aquesta dominació s'entén com patriarcal, patriarcat entès com un "sistema d'organització social en el que llocs claus de poder –polític, econòmic, religiós i militar- es troben exclusivament o majoritàriament, en mans d'homes".

Amb aquesta definició (violència contra les dones) trobem avantatges i desavantatges. Com a avantatge, es pot veure que deixa fora la resta de persones i es centre únicament en dones, però per una altra part, no ens aclareix qui exerceix aquesta violència i la naturalesa d'aquesta (masclista, sexista, patriarcal). Per tant, es pot referir a violència que no sigui especialment qüestionat de gènere, donant lloc a actes violents cap a les dones; com podria ser robatori.

Per poder aclarir aquesta definició, l'exemple seria utilitzar *Violència masculina contra les dones*, donant a entendre que és l'home el responsable d'aquesta violència. Quan utilitzem *Violència contra les dones*, ens estem centrant en les víctimes (dones) i invisibilitzant a l'agressor (homes) (12).

Cal diferenciar també el que és VG o VM i la Violència domèstica; definida com aquella que fa referència als actes de maltractament físic, psíquic, sexual o altres tractes vexatoris que una determinada persona exerceix sobre un o més membres del seu nucli familiar. Els autors dels fets o les víctimes poden ser tant homes com dones, ja que el concepte *violència domèstica* està determinat per l'àmbit de relació en què es produeixen els fets delictius, que és, en trets generals, el nucli familiar o de convivència (9).

L'important en aquesta definició és saber que la víctima pot ser qualsevol del nucli familiar, en canvi, en la violència masclista, la víctima és una dona i l'agressor és un home.

Durant molt de temps s'ha associat aquest terme amb violència de gènere i a la seva vegada ha sigut una de les terminologies més utilitzades, tot i que es la que més informació oculta té. Defineix l'àmbit on es produeix sense aclarir qui es la víctima, quin es l'objectiu de la violència i qui la produeix. Tampoc té en compte la qüestió de la que persona maltractada no ho esta sent per ser mare, filla, germana, sinó per ser dona.

Deixa fora la violència de parella, i a més la violència fora de casa. És important tenir clar aquest concepte i no confondre'l amb violència de gènere i/o masclista (12).

1.2.1. Conseqüències i epidemiologia de la violència masclista

Actualment la violència masclista està en tots els aspectes de les nostres vides i és molt més rellevant del que es percep. Davant la VM l'OMS publica les següents manifestacions (13):

- La violència contra la dona representa un greu problema de salut i una violació dels drets humans de les dones.
- En tot el món, quasi un terç de les dones, han tingut una relació de parella on han patit violència física i/o sexual per part de la seva parella en algun moment de la seva vida.
- Els homes que tenen un nivell d'estudis baix, han sigut testimonis de violència de gènere a les seves mares, han sigut víctimes de violència durant la infància, han viscut en un entorn masclista on es tractaven per diferent als dos gèneres i creuen que tenen dret sobre les dones són més propensos cometre violència.
- Les dones que tenen un nivell d'estudi baix, que tenen un nivell d'estudis baix, han sigut testimonis de violència de gènere a les seves mares, han sigut víctimes de violència durant la infància, han viscut en entorns que era acceptada la violència i la condició de subordinació cap a la dona, tenen major risc de ser víctimes de violència de gènere.
- Hi ha dades que demostren que la prevenció i reducció de la violència contra la dona seria favorable amb intervencions que promoguessin la sensibilització i l'empoderament de les dones, la prestació psicològica i les visites domiciliaries.

Segons l'Organització de les Nacions Unides (14) posa en manifest que:

- El nombre de trucades a línies telefòniques d'assistència a la dona s'ha quintuplicat en alguns països degut a la situació de pandèmia de la Covid-19.
- Cada dia, 137 dones son assassinades per membres de la seva pròpia família. S'estima que 30.000 dones van ser assassinades intencionadament al 2017 en mans de la seva parella intima a nivell mundial.
- Menys del 40% de les dones que ha patit o pateix violència acudeixen o busquen a algun centre d'ajuda. Moltes acudeixen a familiars i a amics i no a institucions formals.
- Almenys 155 han aprovat lleis sobre la violència domèstica, i 140 compten amb una legislació sobre l'assetjament sexual en l'àmbit laboral. A països on presenten aquestes lleis no sempre s'apliquen i es compleixen.
- Les dones adultes representen aproximadament la meitat (49%) de les víctimes de tracte de persones a nivell mundial. Les nenes representen més de ¾ de les víctimes infantils de tracta. A la majoria de casos amb finalitats d'explotació sexual.
- Al 2019, una de cada cinc dones entre 20 i 24 anys, s'havia casat abans del 18 anys.

- Almenys 200 milions de dones i nenes entre 15 i 49 anys han sigut sotmeses a la mutilació genital femenina en països on es realitza aquesta practica.
- 15 milions de nenes adolescents entre 15 i 19 anys han experimentat assetjament sexual forçats en tot el món. Tan sols un 1% d'aquestes ha demanat ajuda professional.
- La violència masclista a les escoles és un impediment important per l'escolarització i els drets de les dones en l'educació. Les nenes tenen major risc de patir violència psicològica utilitzant el rostre i l'aspecte físic.
- En la Unió Europea, una de cada deu dones denuncia haver experimentat ciberassetjament des dels 15 anys d'edat.
- En cinc regions, el 82% de les parlamentàries va denunciar haver experimentat algun tipus de violència sexual durant el mandat. El canal més habitual eren les xarxes socials, i la meitat (44%) aproximadament, denunciaven haver rebut amenaces de mort, violació agressió o seqüestració

1.2.2. Tipus de violència contra les dones i les nenes

La violència masclista afecta durant tots els moments del dia en tots els racons del món. Comporta moltes conseqüències a curt i a llarg termini, deixant una desigualtat abismal entre ambdós gèneres. És per això que és important centrar-se en els tipus de violència masclista en l'àmbit privat, que segons l'OMS és (15):

“Qualsevol patró de comportament que s'utilitzi per adquirir o mantenir el poder i el control sobre una parella íntima. Abarca qualsevol acte físic, sexual, emocional, econòmic i psicològic (incloses les amenaces de tals actes) que influeixin en una altra persona.”

Tenint en compte això, la violència masclista pot afectar de diferents maneres més enllà de la violència física; les quals són les següents (15):

La **violència econòmica** és aquella violència que té com a objectiu aconseguir que la persona sigui dependent financerament de l'agressor. Ho mantenint un control total dels seus recursos econòmics, obligant-la a donar-li els seus ingressos, impedit accedir-hi a ells, prohibint assistir a la feina/escola, etc. La **violència psicològica** és aquella empleada causant por, intimidació, amenaces de fer mal a persones estimades o mascotes, destruir bens, humiliacions, depreciant a la pròpia persona, forçar-la a no veure a les seves amistats o no anar a la feina, desvaloritzant els seus gustos i la seva pròpia persona. La víctima no s'adona d'aquesta violència fins que s'ha instaurat crònicament en la relació. Això produeix una autoestima molt disminuïda i greument lesionada. Un altra tipus, la **violència emocional**, que consisteix en crítiques constants, en infravalorar la persona, insultar-la i fer altres tipus de violència verbal; danyar relacions properes de la persona com fills o pares, no permetre veure a la família i/o amistats. La **violència física** és aquella que pot ser percebuda pels demés; normalment deixa marques externes. Consisteix en causar dany o intentar-ho intencionadament glopejant, mossegant, esgarrapant, pessigant, empentant, donant bufetades, cremant, causant hematomes, dislocacions, contusions, deganat atenció mèdica o obligant-la a consumir alcohol i/o altres drogues, així com emprant qualsevol altra tipus de força física cap a ella. Per últim, la **violència sexual** és violència generada al obligar a la persona en participar en algun tipus d'acte sexual sense el seu consentiment (ja sigui perquè no l'ha donat o perquè la dona no la pot atorgar per ser menor d'edat, patir una discapacitat mental o estar sota efectes d'alcohol i drogues), vulnerant tot el dret a la dona a decidir lliurement sobre la seva sexualitat. Comporta tota forma de acte sexual no genital imposada; com pot

ser no permetre la utilització d'anticonceptius, menyspreu sexual, pressionar per tenir relacions i pressionar per avortar sense la voluntat de la dona. Es du a terme mitjançant la coacció, intimidació, amenaça i indefensió. La violència sexual, inclou (16):

- **Assetjament sexual:** Aquest tipus de violència sexual inclou qualsevol contacte físic sense consentiment, abasta des del llenguatge sexual cap a una persona com podrien ser: comentaris sexuals sobre el cos o l'aspecte, mirades suggerents, exhibició d'òrgans sexuals, xiular a la persona; fins a al contacte físic com tocaments o danys físics amb intencions sexuals. Entre el 45% i el 55% de les dones en la Unió Europea ha patit abús sexual des del 15 anys d'edat (17).
- **Violació:** És qualsevol penetració vaginal, anal u oral no consentida per part d'una altra persona (normalment homes) utilitzant qualsevol part del cos o objectes. Això també comporta intents o realitzacions d'actes sexuals sense el permís de l'altra persona, fins i tot quan la víctima està incapacitada. Pot ser per part de la parella, per un amic company de feina, així com un desconegut.
- **Violació correctiva:** Violació perpetrada cap a una persona amb el fi de canviar la identitat de gènere i/o l'orientació sexual i així comportar-se de manera heterosexual o amb una visió normativa del gènere.

Altres tipus de violència cap a les dones i a les nenes són: La **tracta de persones** que és la adquisició i l'explotació de persones utilitzant la força, les amenaces, la coacció, l'engany per tal de tenir un fi amb aquesta persona. 3 de 4 dones i nenes que han sigut víctimes de la tracta de persones, ha sigut amb una finalitat sexual (17). La **violència derivada dels conflictes armats** són aquelles violències derivades de les situacions que es produeixen en àmbits de conflictes armats; com ara la violació, l'assassinat, l'esclavatge sexual, l'embaràs forçat, l'avortament forçat, l'esterilització forçada, la infecció intencionada a malalties, la tortura o els abusos sexuals (18). També trobem la **mutilació genital femenina**; la qual inclou els procediments destinats a alterar de manera intencionada o causar dany als òrgans genitals femenins sense cap fi mèdic. A més del dany físic, el dolor i les conseqüències psicològiques que tenen, te molts riscos sanitaris, fins i tot por arribar a causar la mort. Almenys 200 milions de dones i nenes en tot el mon s'han vist sotmeses en l'actualitat a la mutilació genital femenina (17). El **matrimoni infantil** consisteix en qualsevol matrimoni on un o ambdós conjugues sigui menor de 18 anys, normalment, les dones tenen major probabilitat de ser menor en comparació dels nens, així hauran d'abandonar l'escola, la seva vocació i la seva llibertat d'escollir el que vol per la seva vida. Aquest tipus de matrimonis tindran més possibilitats de que la dona pateixi violència per part de la seva parella en comparació amb les dones que es casen més majors. 650 milions de dones i nenes que viuen avui en dia es van casar sent menors de 18 anys (17). Sense que sigui matrimoni infantil, trobem el **matrimoni forçat**; que es aquell que s'estableix sense el consentiment ple i lliure almenys d'uns dels cònjuges, forçat per l'existència de coaccions o pressió social o familiar (19). Finalment, la **violència en línia o digital** és qualsevol tipus de violència executat a través de la tecnologia (telèfons mòbils, xats, xarxes socials, videojocs, SMS, correu electrònic...) cap a una dona només pel fet de ser una dona. Inclou (15):

- **Ciberassetjament:** Consisteix en enviar missatges amb amenaces o intimidatoris, mitjançant atacs personals o amb el fi de divulgar informació confidencial, a una persona o a un grup de persones.
- **Sexting:** enviar fotos amb contingut sexual a una persona sense tenir el consentiment de la persona destinatària.

- **Doxing:** compilació i publicació d'informació privada sobre la víctima.

1.2.3. Àmbits on es produeix violència masclista

La violència masclista no afecta només a casa. El podem trobar a diferents àmbits on són iguals d'importants visibilitzar-los i eradicar-los.

La **violència en l'àmbit de la parella** és la violència exercida per un home perpetrada cap a una dona que és el cònjuge o ha tingut relacions d'afectivitat. Una altra tipus de violència és **en l'àmbit familiar**; aquella violència masclista contra les dones i les menors d'edat exercida per algun membre de la família, en l'entorn de relacions afectives i lligams familiars. També trobem la **violència en l'àmbit laboral**; és una violència física, sexual o psicològica exercida per un home cap a una dona en el centre de treball i durant la jornada laboral o fora del centre i l'horari si la persona té relació amb la feina, pot ser exercida de dues maneres (9):

- **Assetjament per raó de sexe:** És un comportament no consensuat relacionat amb el sexe d'una persona per a l'accés de feina remunerada, per obtenir un lloc de treball o una formació, que tingui com a objectiu o produeixi intimidar i/o incomodar a l'altra persona.
- **Assetjament sexual:** És qualsevol agressió física, verbal o no verbal amb intencions sexuals que tinguin com objectiu intimidar a una dona o atemptar contra la seva dignitat, creant un ambient intimidatori, hostil, humiliat, ofensiu i incòmode.

1.2.4. El cicle de la violència

Walker(20) a l'any 1989 va descriure el caràcter cíclic de la violència i el maltractament cap a les dones anomenat com "teoria del cicle de la violència". Aquesta té tres fases: fase d'acumulació de tensió, fase d'agressió o explosió violenta i fase de penediment o "lluna de mel" (Figura 2).

La majoria de relacions no comencen amb violència durant el moment d'enamorament. Normalment comença quan la parella comença a experimentar tensió i pressió entre ells.



Figura 2: Cicle de la violència (20).

La **Fase acumulació de tensió** és la primera fase del començament del abús; augmenta la tensió en la parella i l'home es comporta de manera més agressiva. L'irritabilitat de l'home es

manifesta amb amenaces, crits, intimidació i insults sense cap motiu aparent. En aquesta fase la víctima actua de manera per no fer enfadar a l'home. La víctima sempre tindrà por del que podrà arribar a passar, pensant sempre que acabaran passant ja que són episodis aïllats.

La **Fase d'explosió violenta** és la descàrrega de manera violenta de la tensió acumulada manifestada per agressions físiques, sexuals, psicològiques, etc. En aquesta fase la víctima fa el possible per protegir-se a ella i als que pugui estar implicats (fills, pares..).

L'última fase, l'anomenada **Fase "lluna de mel"** és aquella on "tot torna a la normalitat" després d'un episodi d'abús violent. Desapareix la violència i la tensió. Per a que la víctima no deixi la relació, l'agressor la manipula mostrant-se penedit i demanant perdó; fent regals, convidant-la al cinema, fent promeses i mostrant-se carinyós. Convenç a la víctima de que a partir del moment tot serà diferent, fent-li veure que l'agressió serà l'última i que no tornarà a passar. Normalment, la fase de "lluna de mel" és temporal i torna a passar a la fase d'acumulació de tensió. Fins passar d'una fase a l'altra poden passar tant dies, com mesos o anys.

La Teoria del cicle de la violència es una teoria com altres, a trets generals. Cada relació evoluciona diferent i potser no segueix el mateix patró. Hi ha relacions que potser no tenen la fase de "Lluna de mel" o la d'acumulació de tensió i l'agressor va a un abús directe (21).

1.2.5. Conseqüències de la violència masclista

Com s'ha vist la violència afecta en molts àmbits. Les possibles conseqüències de la violència masclista, són les següents (22):

A nivell greu: La mort imminent (homicidi o suïcidi) o mort per altres conseqüències (lesions, suïcidi, incapacitat, VIH/sida...); **a nivell de salut física:** lesions (traumatismes, contusions, hematomes, TCE, ferides, cremades, etc. que poden arribar a produir una incapacitat en la dona), deteriorament funcional, símptomes inespecífics (cefalea, mareig...), pitjor salut subjectiva, obesitat o primesa extrema; **en condicions cròniques de salut:** Dolor crònic, síndrome de l'intestí irritable i altres trastorns intestinals, queixes somàtiques, trastorns cardiovasculars, incompliment dels tractaments de salut, trastos metabòlics o endocrinològics, desinterès per la cura personal, dolor pelvià; **a nivell sexual i reproductiu per relacions sexuals forçades:** pèrdua de desig sexual, trastorns menstruals, malalties de transmissió sexual inclòs VIH/sida, dessagnament i fibrosi vaginal, dolor pelvià crònic, infecció urinària, embaràs no desitjat, avortament, etc.; **per violència durant l'embaràs:** hemorràgia vaginal, amenaça d'avortament, embaràs de risc, part prematur, baix pes en néixer, etc.; **a nivell de salut psíquica:** depressió, ansietat, trastorns del son, trastorn d'estrès post-traumàtic, trastorns del comportament alimentari, intent de suïcidi, ús, abús i dependència d'alcohol, drogues i psicofàrmacs; **a nivell de salut social:** aïllament social, pèrdua d'ocupació, absentisme laboral, disminució del numero de dies de vida saludable; **a nivell de salut de fills i filles:** risc d'alteració del desenvolupament integral, sentiments d'amenaça, dificultats d'aprenentatge i socialització, adopció de comportaments violents amb les companyes i companys de classe, augment de la freqüència de malalties psicosomàtiques, violència transgeneracional amb alta tolerància a situacions de violència, amb freqüència són víctimes de maltractament per part del pare, comportaments de risc com l'ús de drogues i alcohol.

1.3. VIOLÈNCIA OBSTÈTRICA

Actualment es viu en una societat on situacions tan normals i naturals com el procés del part, es tracten com si fossin patològiques. El model mèdic, plenament jerarquitzat, fa que en les situacions d'atenció, les dones passin a ser secundàries, "pacients", depositant tota la seva confiança en els professionals de la salut, deixant en segon pla tota la seva capacitat de decisió i autonomia (23).

A la declaració de l'OMS " *Prevenció y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*" (24), demostren el tracte irrespectuós i ofensiu durant el part als centres de salut; menciona maltractament físic, humiliacions, maltractament verbal, procediments mèdics sense consentiments o coercitius (inclosa l'esterilització), falta de confidencialitat, incompliment de l'obtenció del consentiment informat complet, negació a l'administració d'analgèsics, violacions de la privacitat, rebutjament als centres de salut, negligència cap a les dones durant el part, retenció de les dones i els nadons als centres de salut degut a la incapacitat de pagament, la no explicació de les alternatives possibles, l'explicació dels fàrmacs utilitzats durant el part i els possibles efectes adversos de les actuacions mèdiques (23).

Tenint això en compte, que entenem per *Violència Obstètrica*?

Segons la *Llei Orgànica sobre el Dret de les dones en una vida lliure de violència* de Veneçuela (primer país en reconèixer la violència obstètrica com un concepte legal), violència obstètrica es pot definir com (25):

"Tota conducta, acció o omissió que provoqui l'apropiació del cos i dels processos reproductius de les dones per prestadors de salut que s'expressa en un tracte jeràrquic deshumanitzador, en abús de la medicalització i patologització dels processos naturals, portant en si la pèrdua d'autonomia i capacitat de decidir lliurement sobre els seus propis cossos i sexualitat impactant negativament en la qualitat de vida de les dones". Pot ser indirecte o directe, en l'àmbit privat com en el públic (26).

Segons la Revista de Bioètica de l'Organització de les Nacions Unides per la Educació, la Ciència i la Cultura (UNESCO), violència obstètrica és (27):

"El tipus de violència exercida per el professional de la salut sobre el cos i els processos reproductius de les dones. Aquesta classe de violència s'expressa majoritàriament –tot i no amb exclusivitat- amb el tracte deshumanitzador cap a la dona embarassada, en la tendència a patologitzar els processos reproductius naturals i en múltiples manifestacions que resulten amenaçats en el context de l'atenció de la salut sexual embaràs, part i post-part."

Les dones i les noies també pateixen aquesta violència quan sol·liciten atenció en salut sexual i reproductiva com: exàmens ginecològics, avortaments, tractaments de fecunditat i anticonceptius, etc. (28).

La violència obstètrica és un tipus de violència de gènere invisibilitzada, que al cap i a la fi, és la més perillosa. Apart de produir violència cap a les dones només pel simple fet de ser-ho, és una qüestió de drets humans, d'amenaça dels drets a la vida, la salut, la integritat física i la no discriminació (24). Aquesta violència reflecteix que la cultura patriarcal encara és dominant en la nostre cultura, fins i tot en l'àmbit mèdic (29).

Actualment, a Catalunya, s'ha modificat la Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a eradicar la violència masclista; on s'inclou la violència obstètrica i vulneració dels drets sexuals i reproductius, definida com: "L'impediment o dificultat a l'accés a una informació veraç, necessària per a la presa de decisions autònomes i informades. Pot afectar els diferents àmbits de la salut física i mental, incloent-hi la salut sexual i reproductiva, i pot impedir o dificultar a les dones prendre decisions sobre lliures pràctiques i preferències sexuals, sobre lliure reproducció i les condicions en què es duu a terme, d'acord amb els supòsits inclosos en la legislació sectorial aplicable. Inclou l'esterilització forçada, l'embaràs forçat, l'impediment d'avortament en els supòsits legalment establerts i la dificultat per accedir als mètodes contraceptius, els mètodes de prevenció d'infeccions de transmissió sexual i del HIV, i als mètodes de reproducció assistida, i també a les practiques ginecològiques i obstètriques que no respectin les decisions, el cos, la salut i els processos emocionals de la dona" (30).

1.3.1. L'origen de la violència obstètrica

A continuació, es farà un recull històric sobre la Violència Obstètrica (31):

Tot i que la violència obstètrica sembli un concepte "nou", va ser definida per primer cop al segle XIX pel Doctor anglès James Bundell, explicant les terribles tècniques utilitzades en la època a les embarassades. En els cossos d'aquestes dones es practicaven noves tècniques, moltes vegades aberrants, deixant seqüeles psicològiques i físiques.

Fins al segle XX, no va arribar el terme en castellà, tot i si ser utilitzats els termes "part violent" o "part forçat" a pràctiques que trencaven les membranes i la dilatació forçada del coll uterí per avançar el part, tècniques que avui en dia es segueixen utilitzant però amb diferents denominacions per semblar "menys brusques" o "més científiques".

Durant l'Edat Mitjana, les dones eren les responsables dels parts, sense cap formació prèvia, simplement transmetien els seus coneixements d'unes a les altres. No es de sorprendre que en aquella època les dones no tenien dret de rebre cap formació i menys universitària.

Més endavant, els homes es van apropiari dels seus coneixements sense elles tenir cap tipus de mèrit ni reconeixement, apropiant-se d'ells mateixos els coneixements que portaven anys utilitzant les dones matrones de la època.

A principis del segle XVIII, ja estava normalitzat que els homes atenguessin els parts, però aquests no estaven disposats a esperar llargues hores pera que la dona donés a llum. És per això, que durant els segles XVIII- XIX l'atenció al part va canviar radicalment; amb la introducció d'instruments i substàncies farmacològiques. Aquesta instruments; com la introducció del fòrceps, no únicament servia per disminuir el temps del curs del part, sinó també per demostrar la superioritat del home davant de la dona; instruments que les dones que atenien el part, no se'ls hi tenia permès utilitzar.

Les dones matrones marxaven a les zones rurals de les ciutats per ser reconegudes i poder obtenir ingressos. Altres es quedaven a les ciutats per reivindicar el seu lloc de feina.

Va ser al segle XX quan van néixer altres factors que seguien perpetuant a la violència obstètrica: el desenvolupament de nous medicaments d'aplicació durant el part, la milloria en la tècnica de la cessaria (que no sempre es realitzava quan era necessari), i per últim, l'institucionalisme del part.

Al segle XX, va passar del part ser a casa a l'hospital. Principalment, parien a institucions especials aquelles dones indigents o les que s'havien quedat embarassades fora del matrimoni. Dins d'aquestes institucions, les dones perdien tot tipus d'autonomia i decisió. A part del director, ningú podia conèixer el seu nom i tenien prohibides les visites. Després s'emportaven al recent nascut, on tenien altes probabilitats de morir.

Així doncs, s'ha pogut comprovar que la violència obstètrica ha estat entre nosaltres durant segles i ha estat normalitzada com totes les altres violències cap a les dones. Hem anat arrossegant aquest pensament, aconseguint un sistema hereter plenament misogin i autoritari. Avui en dia tenim present l'amaestrament, la infantilització, la despersonalització i la cosificació de la dona durant tot el curs de l'embaràs i el part (32).

1.3.2. Embaràs, part i puerperi

Per entendre la violència obstètrica, primer s'ha d'entendre quins són els processos maternals normals per poder identificar quan s'està exercint una violència masclista sobre la dona.

L'embaràs són els nou mesos on es desenvolupa el fetus dins de l'úter de la dona (33). Comporta tres trimestres (34):

El primer trimestre (Setmana 1-12) comença quan l'espermatozoide penetra l'òvul; formant el zigot, que aquest viatja fins les trompes de Fal·lopi fins al úter, on s'implantarà a la paret uterina. Aquest zigot formarà el fetus i la placenta; la qual li proporcionarà oxigen i nutrients al fetus.

Durant el segon trimestre (Setmana 12-28), es podrà saber el sexe del bebè, es començarà a sentir del moviment del fetus, els formaràs les empremtes de les mans i els peus, etc.

El tercer trimestre (Setmana 29-40) comporta l'última etapa del embaràs fins a la setmana 39-40 que naixerà el bebè a terme (abans de les 37 setmanes es consideren prematurs, els qual tenen més risc de patir complicacions, després de la setmana 42 es consideren post-terme).

Segons l'OMS al 1996, a la Guia de Cuidats de el Part Normal, va definir el **part normal** com (35):

"El part normal és d'inici espontani, de baix risc al inici del treball del part i que roman així durant el treball de part i en el part. El bebè neix espontàniament en la posició vèrtex entre les 37 i 42 setmanes completes d'embaràs. Després del naixement, la mare i el bebè estan en bones condicions".

El part es desenvolupa en tres etapes. Comença el procés quan la dona presenta contraccions regulars, el nadó s'inclina cap a la pelvis a mesura que el coll de l'úter es borra i es dilata.

La primera etapa comença amb l'inici del treball del part i acaba quan el coll del úter està totalment obert. Aquest procés és el més llarg i comporta unes 12-19 hores. A mesura que la etapa va finalitzant, les contraccions seran més llargues, intenses i seguides. Finalitzarà l'etapa quan el coll del úter estigui dilatat fins a 10 cm.

La segona etapa del part implica empènyer i donar llum al nadó. Pot durar entre 20 minuts fins a dues hores. Quan la part superior del cap del bebè es pot veure per complet, començarà l'esforç per empènyer al nado i donar a llum. El professional responsable guiarà el cap del bebè per a que pugui sortir pel canal del part. Durant aquesta etapa, es possible que es realitzi

una episiotomia (incisió que es fa en el perineu- teixit entre l'apertura vaginal i l'anus- durant el part) (36) per ampliar la vagina. Després del naixement del bebè, es talla el cordo umbilical.

La tercera etapa implica l'extracció de la placenta. És la etapa més curta, dura aproximadament entre cinc i trenta minuts. Les contraccions per expulsar la placenta comencen a partir dels 30 minuts després del naixement del nadó, senyal de que la placenta està per extreure. Al extreure aquesta, el treball del part ha finalitzat (37).

El puerperi, es el període de temps que va des del moment que l'úter expulsa la placenta fins que aquest torna a la normalitat de l'organisme femení. Es caracteritzat per un procés de transformacions progressives d'ordre anatòmic i funcional que fan retornar paulatinament totes les modificacions gravídiques (involució puerperal).

La involució i la lactància són els fets més característics del puerperi. La lactància condiona que no es recuperi el cicle menstrual fins al cap d'uns mesos (fins i tot anys) si la lactància es prolongada (38).

1.3.3. Recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut sobre el part

Segons l'OMS, les pràctiques que s'han de fonamentar i que son útils durant el curs del part (39):

Fer un pla personal de la dona determinant on farà i qui farà el part, fet durant l'embaràs i donant la informació també a la parella o a l'acompanyant. Dedicar a la dona una avaluació del risc de l'embaràs durant l'atenció prenatal, sent revaluada amb cada contacte amb el centre sanitari de referència i en el moment del primer contacte amb el part i durant el part. S'ha de vetllar pel benestar físic i emocional de la dona durant el treball del part, el part i el post-part. Si és possible oferir-li líquids per via oral durant el part. En tot moment, s'ha de respectar l'elecció informada de la dona sobre el lloc de naixement, informant-la on serà el lloc més factible i segur per ella. S'ha de respectar el dret de la dona a tenir privacitat durant el part, respectant també l'elecció dels acompanyants. Tenir una posició empàtica cap a la dona. Aclarir dubtes i donar tanta informació com les dones desitgin. Vetllar per dur a terme mètodes no invasius ni farmacològics per alleujar el dolor durant el part, com tècniques de relaxament i massatges. A nivell fetal, monitoritzar-lo amb auscultació intermitent. Fer un ús únic de materials d'un sol ús, i descontaminació adequada de materials reutilitzables durant el treball del part i post-part. S'han d'utilitzar guants durant l'exploració de l'examen vaginal, durant el part i la manipulació de la placenta. Se li ha de donar a la dona la llibertat de posició i moviments durant tot el procés, fomentat la posició no supina durant el treball del part. Administrar oxitocina profilàctica en la tercera etapa del part en dones amb risc d'hemorràgia en el post-part o en perill inclús d'una petita pèrdua de sang. Tenir el compte l'esterilitat en el tall de cordó. Fer ús de mètodes accessibles per a la prevenció de la hipotèrmia en el bebè. Fer un contacte pell amb pell entre la mare i el nadó el més aviat possible, per a l'inici de la lactància materna dins de la primera hora post-part. Finalment, fer un examen de rutina de la placenta i membranes.

Per una altra part, també ho contraposa amb les activitats nocives i ineficaces que deuen eliminar-se, com serien (39):

L'ús rutinari dels ènemes i de l'afaitat púbic. La inserció profilàctica de rutina de via venosa amb la infusió intravenosa de rutina durant el treball del part. Fer un ús de la posició supina

de la posició de litotomia de manera rutinària. Fer exàmens rectals innecessaris. L'ús de pelvimetria de rajos X. L'administració d'oxitòcics en qualsevol moment abans del part de manera que no es pugui controlar el seu efecte. Fer esforços d'empenta sostinguts i dirigits (Maniobra de *Valsalva*) durant la segona etapa del treball del part; i fer massatges i estirar el perineu durant aquesta etapa. Fer ús innecessari d'ergometrins per prevenir l'hemorràgia en tablettes i de manera parenteral. Dur a terme rentats de rutina del úter *postpartum* i exploracions manuals del úter.

Comenta en la mateixa Guia Pràctica, les pràctiques que s'utilitzen freqüentment de manera inapropiada (39):

En primer lloc, menciona la restricció d'aliments i líquids durant el part. El control del dolor mitjançant els agents sistèmics i l'analgèsia epidural. La monitorització fetal electrònica. Fer exàmens vaginals amb freqüència, especialment per més d'una persona. Administrar un augment d'oxitocina. Traslladar a la partera d'una habitació a una altra al inici de la segona etapa del part. Realitzar sondatges vesicals. Enrederir a la dona a empènyer quan se li hagi diagnosticat la dilatació completa o casi total del coll uterí, abans de que ella senti la necessitat d'empènyer per ella mateixa. Produir una rígida adherència a una duració estipulada de la segona part del part, com una hora, si les condicions maternes i fetals són bones i hi ha progrés del part. Realitzar parts operatoris quan no són necessaris. Fer un ús rutinari i innecessari de les episiotomies. Dur a terme una exploració manual del úter després del part.

Cada part és únic i cada dona ho viu de manera diferent. Per aquest motiu, no es deu mantenir amb els estàndards imposats dels últims anys en l'actuació del part. Un exemple, segons l'OMS, es la dilatació del coll uterí. Fins ara era normal que es dilatés un centímetre per hora, però les noves directrius estableixen que són irrealistes o inadequats, ja que això no és que el part estigui progressant malament, simplement que puja de la mitjana establerta. Cada dona és diferent i la seva evolució del part també ho serà. Aquest fet, l'únic que provoca és que es faci una sobremedicalització de la dona per accelerar l'expulsió del nadó. Segons la doctora Simelela, subdirectora de l'OMS: "La creixent medicalització està danyant la pròpia capacitat de les dones a donar a llum i impactant negativament en la seva experiència durant el part" (40).

L'OMS no vol establir cap rang com a normal per evitar això, l'únic a tenir en compte és que quan la dona presenta el coll uterí dilatat fins a 5 cm, no hauria d'allargar-se 12 hores en el primer part i 10 en el segon part.

Totes les recomanacions van enfocades a que les dones recuperin el control d'elles en el seu part. "En els últims anys, el metge ha pres el control complert del part i volem que les dones s'involucrin en la presa de decisions sobre el cuidat que reben", segons l'OMS (41).

1.3.4. Prevenció i eradicació del maltractament durant el part

La violència obstètrica es un problema global, pel qual s'ha d'intervenir per aconseguir un nivell alt d'atenció respectuosa cap a la dona en la salut sexual i reproductiva. Segons l'OMS, són necessàries les següents accions (24):

Aportar un **major recolzament als governs en les investigacions i accions sobre el maltractament cap a la dona**; com definir i mesurar el maltractament i la falta de respecte i, per poder entendre millor el seu impacte i visibilitar les experiències de les dones. Es necessita evidència sobre l'eficàcia i l'execució de les intervencions a diferents nivells, per poder

subministrar una orientació enfocada als sistemes de salut. Una eina necessària seria **iniciar, recolzar i mantenir programes dissenyats per millorar la qualitat de l'atenció materno-infantil**, sent el centre de l'atenció el respecte cap a la dona. Són necessaris aquestes intervencions per oferir uns serveis respectuosos, competents i comprensius donant una atenció segura, de qualitat i centrada en les persones. **Realitzar el dret de la dona a rebre atenció de la salut digne i respectuosa durant l'embaràs i el part**, s'han d'elaborar iniciatives polítiques sobre la importància d'aquest fet i per aconseguir una atenció materna respectuosa. Dur a terme estratègies basades en els drets per organitzar que els sistemes de salut puguin facilitar l'atenció respectuosa durant el part. Per altra banda, és essencial **generar dades relacionades amb les pràctiques violentes i irrespectuoses, els sistemes de responsabilitat i el recolzament del professional**; per aconseguir la responsabilització dels que executen aquestes violències i crear polítiques clares sobre els drets de les dones i normes ètiques. Els professionals de la salut necessiten capacitació per poder identificar i assegurar que les dones embarassades siguin tractades amb dignitat. És necessari identificar i estudiar aquells sistemes sanitaris on es fomentin l'atenció materna respectuosa, respectant la seva autonomia i la seva participació. S'ha **d'involucrar les parts interessades, incloses les dones, en els esforços per millorar l'atenció i eliminar les practiques ofensives i violentes**; l'eradicació de la falta de respecte cap a les dones es podrà aconseguir mitjançant un procés inclusiu en el que les dones siguin potències, en que, les comunitats, els professionals, els administradors, els organismes de captació, l'educació, el govern, els investigadors i les parts interessades en el sistema de salut, etc. uneixin forces per dur a terme la identificació i l'eradicació de la violència cap a les dones a nivell sexual i reproductiu.

2. JUSTIFICACIÓ I OBJECTIUS

Com s'ha observat, la violència obstètrica com a violència masclista és un fet molt prevalent avui en dia alhora que invisibilitzat. És important posar en relleu la importància de la violència ja reconeguda per la Llei 17/2020 de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a eradicar la violència masclista. Realitzar una revisió bibliogràfica és el primer pas per després poder investigar sobre aquest fet al nostre país amb la finalitat d'incentivar un procés de part respectuós i crear guies clíniques per evitar aquesta mala praxi tant estesa al dia d'avui en els nostres hospitals.

Els objectius que es plantegen en aquesta revisió bibliogràfica són:

Objectius generals:

- Identificar els diferents procediments considerats com a violència obstètrica i per tant la violència masclista durant l'embaràs i el procés de part.
- Conèixer la percepció de les dones i dels professionals de la salut sobre la violència obstètrica.

3. MATERIAL I MÈTODES

Es tracta d'un treball de revisió bibliogràfica realitzada a través de les bases de dades *Scielo*, *Pubmed* i *Cinhal*. La recerca es va dur a terme entre el Gener del 2021 fins Març del 2021.

Les paraules clau que s'han utilitzat són:

MESH: *obstetric violence, abusive delivery, violence against women, nursing, reproductive and sexual health, humanized delivery, mistreatment against women.*

Per realitzar la cerca s'ha establert els diferents criteris d'inclusió:

- Articles amb evidència científica dels últims 5 anys.
- Publicacions visibilitzant la violència obstètrica com a violència de gènere, tenint en compte les experiències de les dones.
- Articles de llengua anglesa i espanyola.
- Publicacions que tinguin en compte les conseqüències de la violència obstètrica sobre la dona.
- Articles científics amb finalitat de donar a la llum els diferents procediments que determinin la violència obstètrica.

Els criteris d'exclusió són els següents:

- Articles científics enfocats al recent nascut.

Les fórmules utilitzades a la cerca són les següents:

Obstetric violence AND nursing/ Violencia obstètrica Y enfermería

Obstetric violence AND abusive delivery AND perception of women NOT newborn NOT pediatry

Obstetric violence AND mistreatment against women NOT newborn

Obstetric violence AND perception of Health professionals

Obstetric violence AND Health professionals

Tot seguit, es mostren les estratègies de cerca i els algorismes. El primer metacercador que es va dur a terme va ser *l'SciELO* amb un resultat de 4 articles (Figura 3):



Figura 3: Algoritme de cerca SciELO.

Seguidament es mostra el procés d'algoritme i cerca amb el cercador *PubMed*. És va obtenir un resultat de 10 articles (Figura 4):

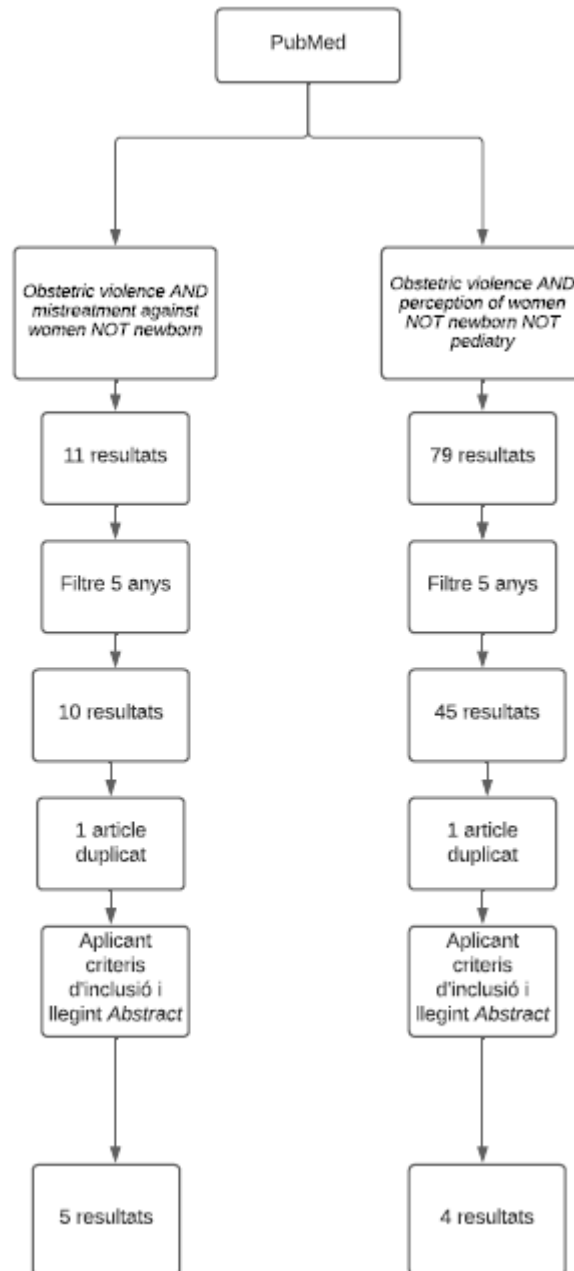


Figura 4: Algoritme de cerca PubMed.

L'últim cercador on es va buscar va ser a la base de dades *Cinahl*. És va obtenir el resultat de dos articles (Figura 5):

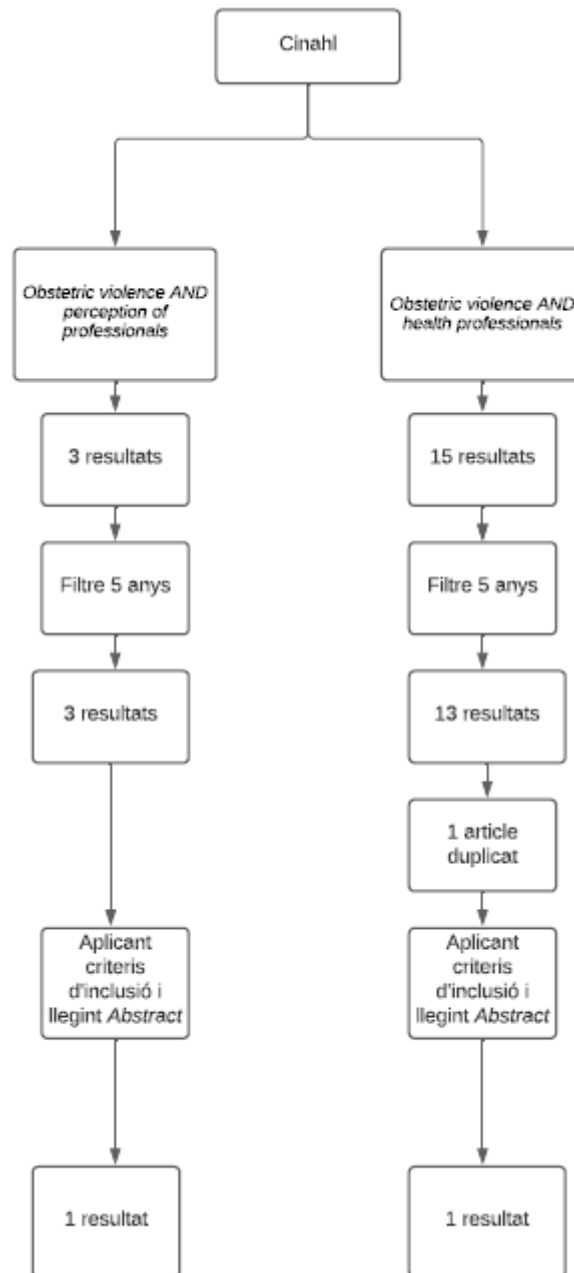


Figura 5: Algoritme de cerca *Cinahl*.

4. RESULTATS

Seguidament, a les taules 1,2,3 es mostra el resum dels 15 articles seleccionats a les bases de dades consultades.

Taula 1: Taula resum dels articles seleccionats cercador *Scielo*.

Autor/a	Any	Títol de la revista	Disseny	Títol	Objectius de l'estudi
De Oliveria et al. (42)	2020	Revista Gaúcha de Enfermagem	Estudi qualitatiu descriptiu	<i>Obstetric violence in the perception of multiparous women</i>	Aquest estudi té com a objectiu conèixer la percepció de les dones múltiples sobre les seves experiència amb la violència obstètrica.
Da Silva-Carvalho i Santa-Brito (43)	2016	Enfermeria Global	Estudi descriptiu amb enfoc qualitatiu	<i>Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal</i>	Aquest article vol identificar les formes de violència obstètrica experimentades per mares que van tenir un part normal.
De Paula et al. (44)	2021	Texto & Contexto - Enfermagem	Estudi descriptiu, exploratòria amb abordatge qualitatiu	<i>Obstetric violence and the current obstetric model, in the perception of health managers</i>	En aquest estudi busquen comprendre la percepció dels professionals sanitaris de les entitats públiques de la II Regió Metropolitana de l'estat de Rio de Janeiro.
Junqueira i Mattos (45)	2017	Texto & Contexto - Enfermagem	Investigació qualitativa	<i>Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals</i>	En aquest estudi el que pretenen és analitzar els discursos de les dones i des professionals de la salut sobre l'assistència al part.

Taula 2: Taula resum dels articles seleccionats cercador *Pubmed*.

Autor/a	Any		Disseny	Títol	Objectius de l'estudi
Lansky et al. (46).	2019	Ciência & Saúde Coletiva	Estudi mixt	<i>Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant</i>	En aquest article es busca visibilitzar la iniciativa <i>Sense Of Birth</i> que té com a objectiu promoure el part

				<i>women childbirth experience</i>	normal i millorar l'experiència del part a Brasil.
Mena-Tudela et al. (47).	2020	International Journal of Environmental Research and Public Health	Estudi descriptiu, retrospectiu i transversal	<i>Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences</i>	En aquest estudi busquen visibilitzar la violència obstètrica a Espanya i les diferències territorials que presenten a cada comunitat autònoma.
Mena-Tudela et al. (48)	2020	International Journal of Environmental Research and Public Health	Estudi descriptiu, retrospectiu i transversal	<i>Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth</i>	Com a objectiu del article busquen determinar els nivells d'intervencions i sobre medicalització a Espanya.
Castro i Savage (49)	2018	Medical Anthropology	Estudi qualitatiu	<i>Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic</i>	Es realitzen 43 entrevistes a diferents dones que han donat a llum en dues de les maternitats més grans de la República Dominicana. Es posa en contrast la violència obstètrica amb la percepció de les dones d'una atenció abusiva.
Diamond-Smith et al. (50)	2017	BMC Pregnancy and Childbirth	Estudi transversal	<i>Women's empowerment and experiences of mistreatment during childbirth in facilities in Lucknow, India: results from a cross-sectional study</i>	En aquest estudi es pretén explorar si l'empoderament de les dones està associat amb les experiències de maltracta en el seu últim part.
Diouldé Balde et al. (51)	2017	Reproductive Health	Estudi qualitatiu	<i>A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea</i>	Aquest estudi es va dur a terme per comprendre millor les normes socials i l'acceptabilitat de quatre escenaris de maltracta cap a la dona durant el part (bufetejar a una dona, abusar verbalment, negar-se a

					ajudar a una dona i obligar-la a parir al terra) des de la perspectiva de les dones i els professionals de la salut.
Burrowes et al. (52)	2017	BMC Pregnancy and Childbirth	Estudi qualitatiu	<i>Midwives' and patients' perspectives on disrespect and abuse during labor and delivery care in Ethiopia: a qualitative study</i>	L'estudi examina les experiències de falta de respecte i abús en l'atenció materna des de la perspectiva dels professionals i les pacients.
Castro i Frías (53)	2020	SAGE	Estudi quantitatiu	<i>Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey</i>	Es busca avaluar la prevalença i els factors associats amb experiències de violència obstètrica entre dones de 15 i 49 anys que han tingut un part en els últims 5 anys.
Vedam et al. (54)	2019	Reproductive Health	Estudi quantitatiu	<i>The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States</i>	S'enquesten a diferents dones per capturar experiències en l'atenció al part de diferents poblacions. Es relaciona el maltracta amb la raça, la situació sociodemogràfica, el lloc de naixement i el context de l'atenció.

Taula 3: Taula resum articles seleccionats cercador Cinahl.

Autor/a	Any	Títol de la revista	Disseny	Títol	Objectius de l'estudi
Costa Cardoso et al. (55)	2017	Revista de Enfermagem	Estudi descriptiu	<i>Institutional obstetric violence in birth: perception of health professionals</i>	Avaluar els nivells de coneixement i les practiques de la violència obstètrica en la percepció dels professionals de la salut.
Mena-Tudela et al. (56)	2020	Nurse Education Today	Estudi descriptiu	<i>Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention</i>	L'objectiu de l'estudi es avaluar la percepció dels estudiants tant d'infermeria com medicina sobre la violència obstètrica i identificar els possibles canvis després d'una intervenció educativa.

Per resumir els articles seleccionats, es dividirà en tres apartats:

- Percepció de la dona
- Procediments que conformen la violència obstètrica
- Percepció dels professionals

4.1. Percepció de la dona

De Oliveira et al. (42) estudiaren la percepció a través de les seves experiències de la violència obstètrica. Per fer-ho, es va realitzar un estudi qualitatiu, descriptiu-exploratori que, a més a més d'observar i registrar la incidència del fenomen, es va buscar la seva dimensió, la forma en la que es manifesta i els factors els qual està relacionat. Es va dur a terme mitjançant entrevistes a les llars de les participants a la Unitat Bàsica de Salut (UBS) de la ciutat de Rio Grande (Brasil). En total es van entrevistar a 20 dones múltiples, es van fer dues subcategories: violència obstètrica en dones primíparas i violència obstètrica en dones múltiples. Aquestes tenien de cinc a onze fills i entre 25 i 74 anys. El nivell educatiu anava des de no alfabetització fins als estudis de postgrau. Vuit de les participants van patir violència obstètrica (40%) en diferents moments de la seva vida. Totes elles es trobaven en situació de vulnerabilitat i sense acompanyant.

Es va veure que la violència obstètrica no estava relacionada amb la multiplicitat perquè es va produir en el moment del naixement del primer fills, quan les mares eren adolescents. Aquest fet demostra el trauma que la VO va poder produir, ja que aquests fets es van produir entre 10 i 12 anys enrere. En quant a les dones múltiples, el fet de que el bebè no fos el primer semblava l'equip mèdica més còmode per atacar a les dones de no queixar-se.

Es mostren a les declaracions de les dones que els professionals discriminen a les dones que ja tenien altres fills i els que eren prematurs. Els professionals pregunten si és l'últim fill, però sense tenir en consideració orientacions anticonceptives per donar suport. La violència verbal

s'expressa sobre el nombre de nens que han tingut i la violència física es reflexa en procediments innecessaris; com ara la tricotomia i fer caminar a les dones embarassades en la última etapa del part.

Es va concloure que moltes dones no es perceben víctimes de violència obstètrica perquè desconeixien el terme i són incapaces de identificar les vivències com una violació de la seva integritat física, psicològica i moral. D'altra banda, també semblaven normalitzar, en els discursos, els actes violents viscuts. Per això, els autors afirmen que és imprescindible investigació addicional.

Da Silva-Carvalho i Santa-Brito (43), van realitzar un estudi amb 35 puerperals, en dues maternitats públiques existents a la ciutat de Rio Grande (Brasil), que van tenir un part vaginal, amb nen viu i en condicions físiques i emocionals per respondre a les preguntes proposades. Es va utilitzar l'anàlisi de contingut *Brito* i els resultats es van diferenciar en dos categories: paraules i actituds.

Els comentaris inapropiats, procedents d'alguns professionals de la salut, reflecteixen una assistència poc humanitzada i que marca profundament el procés de part i naixement.

Les actituds que es van veure va ser la infravaloració del dolor, durant els tacles vaginals i les sutures. La posició de part va ser un altre factor que va generar situacions incòmodes i van ser tractades amb ignorància i pressionades psicològicament. Obligar-les a parir amb posició de litotomia denota una supressió de la llibertat i una imposició de poder. Ella, es troba en completa desavantatge i a l'abast dels professionals a imposar les seves comoditats, sense tenir en compte els desitjos de la partera. En aquest context, es veu com una derrota de de la llibertat i elecció del propi cos de la dona.

Junqueira i Matos (45), van utilitzar el discurs com a mètode de investigació. Els escenaris van ser set maternitats, pertinents a la regió de Minas Gerais (Brasil). Van ser realitzades 36 entrevistes amb dones parteres, 10 infermers obstètrics i 14 metges obstètrics. Les dades van ser sotmeses a anàlisi de discurs i es van organitzar en tres categories: 1) La violència obstètrica presenciada en el discurs de la infermera obstètrica; 2) Avui tot és violència obstètrica: mostra la negació de la violència obstètrica en relació professional-pacient; 3) Aquí una no té veu: hi ha presència de violència obstètrica.

1) Les llevadores compateixen haver presenciat actes violents, referint que estan presents les dificultats per garantir els drets de les dones, la por a enfrontar-se a companys de feina, i l'agressivitat i menys tolerància als tractaments durant el part. Com per exemple, seguir les indicacions mèdiques durant la maniobra de *Kristeller* o administrar més medicació innecessària per a que la dona no cridi tant o no verbalitzi dolor. S'observen com de traumàtic pot arribar a ser el part tant per la dona com per el personal d'infermeria.

2) Els metges obstètrics refereixen el no estar d'acord amb el terme violència obstètrica, ja que s'entén amb una connotació negativa i descuida la autonomia dels obstetres i classifica totes les tècniques com violentes.

La relació metge-pacient avui en dia està formada d'una relació paternalista on el metge està per sobre de la dona ja que presumeix d'ell saber-ho tot enfront a la dona, que no sap res. Afirmar un dels metges entrevistats (*Med 5*) que les dones no estan preparades pel que viuran. La majoria d'elles venen sense tenir cap tipus d'informació i finalment el part no es com elles s'esperen.

Es reflecteix un confrontament amb els desitjos de la mare i el pressuposat del metge.

3) Un testimoni d'una de les dones afirma haver-se sentit molt malament durant el part, pensat que l'equip li donaria suport enlloc de fer el contrari; culpant-se a ella mateixa per estar nerviosa i tensa. En general, troben dificultats per fer-se escoltar a l'hora de patir dolor i vulnerabilitat durant el part.

S'observa com en el moment on l'equip es troben a dones ben informades, que han elaborat el seu pla de part i que es neguen a les intervencions, actuen amb hostilitat al desig de la dona i comencen a etiquetar a la dona i extorsionar el seus drets.

Com a conclusions, es pot dir que la violència està present en les activitats diàries dels parts. Els discursos s'expressen en el silenci de les infermiers al presenciar un tracte hostil; en el consentiment de les dones, que busquen justificar aquesta agressivitat i en la invisibilitat als ulls del metge, considerant la violència com un cas apart.

Castro i Savage (49) realitzen un estudi sobre la violència obstètrica (VO); com a expressió de governabilitat reproductiva i sobre la preferència adaptativa que genera ajuda per explicar per què la majoria de les dones van acceptar la mala qualitat d'atenció que van rebre.

Es van dur a terme 43 entrevistes obertes amb 43 dones adultes i adolescents que recentment havien donat a llum en qualsevol de les dues maternitats públiques més grans de la ciutat de Santo Domingo.

A l'estudi es va revelar les discrepàncies entre les definicions de la VO i la percepció de patir maltractaments. Tot i que moltes dones reconeixien situacions de maltractament, no les connotaven negativament. Al contrari, les dones sovint presentaven expectatives mínimes pel que consideraven bona atenció i descrivien les situacions de maltractament com inevitables. Situacions com: compartir habitacions i llits (les quals havien de fer torns per estirar-se), manca de roba i llençols, falta de privacitat, falta d'informació, abús verbal... les dones no ho descrivien d'una manera negativa, justificaven al personal sanitari com "tenir masses pacients" o "és la seva manera de parlar".

Les entrevistes realitzades es van fer en un espectre de bona o mala atenció. El 81% va descriure l'atenció del personal sanitari i l'estada a l'hospital com *Bona Atenció*. Aquesta "tendència obertament subordinada" inherent a les preferències de les dones, explica per què la majoria d'elles van perdre la seva autonomia i van acceptar la VO com a forma esperada de cura. Per tant, la VO, és una forma coercitiva de governança reproductiva que impedeix a les dones fer les seves preferències autònomes sobre com els hi agradaria experimentar el procés de donar a llum i reconèixer les possibles alternatives.

Diamond-Smith et al. (50) volen valorar si l'apoderament de les dones és una característica que pot influir en el moment del part.

Les dades van ser recol·lectades de 759 dones joves en situacions econòmiques amb desavantatge, havent donat a llum els últims 5 anys a Lucknow, Índia. Les dades van ser sotmeses a l'escala GEM (*Gender Equitable Men*).

Als resultats es va observar que les dones apoderades, segons l'escala GEM, estan associades amb les probabilitats d'informar situacions de maltractament durant el part. Amb

l'apoderament de les dones, és més probable que reconeguim que els serveis formals de salut són valuosos, tenen més habilitats i recursos segons la seva demanda i ser menys probable que el persona sanitari faci del part una forma de maltractament. També, si les dones interactuen d'una manera diferent amb els sanitaris (es presenten amb més seguretat), aquests les tractaran amb més respecte.

Utilitzant els mateixos esforços per millorar la qualitat d'atenció a la dona en el moment del part, en els processos reproductius, materns e infantils relacionats amb l'àmbit sanitari, també és necessari centrar-se en canviar tant en l'aspecte social de la posició de la dona com a nivells individuals entorn a la igualtat de gènere.

Vedam et al. (54), realitzen un equip de professionals per dur a terme el *Giving Voice to Mothers* (GVtM) i dur a terme un estudi. Aquest, estava format per líders dels serveis comunitaris, metges, clínics i investigadors que van dissenyar un estudi sobre la qualitat de l'atenció al part experimentada per embarassades de 4 comunitats (afroamericanes, indígenes, hispanes i asiàtiques) tant les que van donar llum a casa com a l'hospital entre el 2010 i el 2016 als Estats Units. Es van escollir a 2700 dones per ser sotmeses a l'enquesta GVtM, de les qual 2138 van completar totes les seccions de l'enquesta.

Es va observar que una de cada sis dones (17,3%) va afirmar haver patit un o més tipus de maltractament com: amenaces, pèrdua d'autonomia, ser ignorada, ser negada l'ajuda i ser cridada per part del personal sanitari. Quan les dones exigien més autonomia (manera de donar a llum, canvis d'opinió...) més maltractes patien. Els resultats van confirmar patir menys VO a casa que a l'hospital. Sent un 5,1% les dones que van patir VO a casa i 28,1% a l'hospital. Els factors relacions amb patir menys VO van ser blanca, tenir un part vaginal, ser atesa per una llevadora, ser múltipara i tenir més de 30 anys.

Les tasses de maltractament de les dones de color van ser considerablement més altes, inclús quan es relacionaven amb altres variables materns. Per exemple, el 27,7% de les dones de color amb baix nivell socioeconòmic van rebre maltractament envers al 18,7% de les dones blanques amb nivell socioeconòmic baix. També, independentment de la raça materna, tenir una parella negra també va augmentar el maltractament.

Les dones al explicar les experiències utilitzen un llenguatge suau i ho expliquen amb naturalesa, això ens demostra la freqüència d'aquests actes i l'acceptabilitat que hi ha de la VO als Estats Units.

4.2. Percepció dels professionals de la salut

De Paula et al. (44) van realitzar un estudi a 16 gerents de cinc maternitats de la II Regió Metropolitana de Rio de Janeiro (Brasil). Les dades van ser recol·lectades a través d'entrevistes, les quals consistien en preguntes obertes en relació a la violència obstètrica, i van ser sotmeses a anàlisi de modalitat temàtica.

A les entrevistes realitzades es va poder apreciar com a les maternitats hi havia una evident falta de formació professional en l'àrea obstètrica, el qual generava una falta de respecte cap a les dones, la seva condició socioeconòmica i de gènere; fet que provoca la l'augment de la prevalença de la VO degut a les desigualtats estructurals.

Als testimonis també demostren que no es garantissin alguns dels drets de les gestants, com: rebre orientació sobre el part, els procediments que seran realitzats pels professionals de la salut, la llibertat de moviment durant el treball del part, l'elecció de la posició en el període

d'expulsió, les tècniques de relaxació per pal·liar el dolor, el contacte immediat mare-bebè... també s'ha de tenir en compte que aquests drets formen part de les polítiques públiques de les institucions internacionals i el seu incompliment també representa VO en l'àmbit estructural que prevé que les dones rebin una atenció qualificada. Per això, els directius mostren la importància de formar als professionals de la salut en una assistència a les dones embarassades com a marc polític e institucional per garantir una bona atenció a la dona.

La persona més important en el context del part és la dona, la qual té l'autonomia per triar les decisions sobre el seu cos. Per tant, els professionals de la salut han de guardar el respecte cap a les dones en el procés del part i el part, com a dret d'atenció de qualitat que compleixi les seves necessitats i la seva compressió com a persona humana, abastant tant els aspectes biològics, psicològics, socials i culturals.

Com a conclusió, es destaca la importància de la ruptura del model d'atenció al part que tenim actualment per canviar les pràctiques que es realitzen cap a les dones i l'enfrontament de la VO. S'ha d'implantar una atenció compartida i multidisciplinària entre la infermera i la metgessa, garantir que l'atenció es centrada en les dones; incloent les seves necessitats, respectant les seves condicions i la seva fisiologia al part.

Diouldé Balde et al. (51) realitzen l'estudi per entendre i explorar com tracten a les dones durant el part a Guinea, per saber el per què i com poder prevenir-ho.

Els i les participants van ser sotmesos a entrevistes (IDIs) i a discussions de grups focals (FGDs), amb l'objectiu de saber l'acceptabilitat de les dones i dels sanitaris en quatre escenaris de maltracta durant el part, així com saber quines van ser víctimes d'aquest durant les seves experiències.

Escenari 1: Bufetejar o pessigar a una dona durant el treball del part o el part. La majoria de dones va dir que no era acceptable ser bufetejada o pessigada durant el part, ja que les dones estan amb molt de dolor, ansietat i preocupacions. Per altra banda, altres dones acceptaven aquesta situació ja que creien que els seus comportaments podien afectar a les seves vides o a la del nadó. Els professionals poden utilitzar-ho de forma per estigmatitzar a la dona i animar-la a obeir les seves instruccions.

Escenari 2: cridar a una dona durant el treball del part i el part. La majoria de dones i del personal sanitari va confirmar no ser acceptable cridar a una dona durant el part. Per altra banda, altres van considerar-ho normal en alguns situacions i que succeeix amb freqüència. Segons les dones, podia normalitzar-se cridar a la dona quan fa alguna cosa malament, quan crida excessivament o per salvar la vida del nado. Pels professionals, utilitzar els crits per reduir l'agitació de la dona i encoratjar-la a col·laborar és normal.

En cap dels dos grups, es va destacar la falta de comunicació i la falta de informació entre les dones i el personal sanitari, fet el qual pot provocar la "desobediència" de les dones.

Escenari 3: Negar ajuda a una dona durant el part. La majoria de dones va contestar que seria inacceptable ser negada ajuda durant el part. Tot i això, algunes dones expliquen haver sigut negada l'ajuda a causa de no donar una "paga extra".

Escenari 4: Forçar a una dona a donar l'lum al terra de l'Hospital. La majoria de dones va coincidir en respondre que és una manera important de maltracta i de falta de respecte cap a elles. Algunes dones ho descrivien com "acceptable" si la dona nega calmar-se, estar quieta i no moure's, per evitar el risc de poder caure.

Aquest estudi demostra que, tant les dones com els professionals accepten situacions de maltractament durant el part sota algunes circumstàncies. Les llevadores, els metges i metgesses poden utilitzar tècniques abusives per fer les dones cooperar, i paradoxalment algunes dones ho accepten ja que creuen que això beneficiarà la seva salut o la del futur nadó.

Burrowes et al. (52), realitzen un estudi que examina la experiència i l'abús durant el treball del part i el part a Etiòpia, amb contraposició d'entrevistes en profunditat amb llevadores, estudiants de llevadores i dones que han donat a llum recentment. Es van realitzar 45 entrevistes en profunditat a quatre maternitats a Debre Markos, Etiòpia. Els professionals i els estudiants també van realitzar un enquesta quantitativa sobre els drets de les pacients durant el part i el procés d'aquest, responent amb escenaris clínics sobre la provisió de l'estigmatització dels serveis reproductius.

Als resultats va observar que gairebé la meitat de les entrevistades havien rebut abús verbal (48%) i de les llevadores i estudiants un 43%. Van reportar haver patit o haver presenciat crits, burles cap a elles i parlar amb tons agressius.

També es va observar que la majoria de dones no van poder parir en la posició que elles volien i que se'ls hi va negar la presència d'acompanyants; tot i això, no van reportar-ho com una forma de maltracta, sinó dels coneixements superiors dels professionals envers a elles.

Tant les dones com les llevadores i estudiants, van reportar haver sigut testimonis de practiques clíniques deficientes durant el part. El personal sanitari va mencionar episiotomies sense anestèsia, realitzar procediments sense informar a la pacient i la denegació de procediments o ajudes.

Els professionals relacionen l'abús durant el part com no intencionat, a causa de la quantitat de feina que presenten, l'estrès i el cansament de les llevadores.

Com a conclusions, s'observa que s'han d'abordar els problemes estructurals en torn a la carrega de feina per millorar les interaccions interpersonals de les llevadores amb les dones per augmentar la millora de l'atenció al part a Etiòpia.

Costa Cardoso et al. (55), busquen avaluar els coneixements i les pràctiques sobre la VO en la percepció des professionals de la salut. En segon lloc, busquen investigar els possibles tipus de VO practicats pels mateixos professionals, avaluar la seva percepció i perspectiva i per últim investigar els factors relacionats. Es van realitzar 20 entrevistes amb preguntes obertes i tancades tant a metges i metgesses, infermeres, tècnics i estudiants.

Es va observar que el 70% de les participants van considerar no haver comès mai VO, només el 15% va declarar haver-la practicat o que encara practica algun tipus de VO. La majoria ho relacionen amb la precarietat del sistema sanitari i per la cultura de l'embarassada. Les actituds i els comportaments tant de les dones com dels professionals estan sotmeses a una mala interpretació per ambdues parts, de manera que hi ha una mala comunicació sobre els sentiments i desitjos de les dones, ja que els professionals no s'esperen que aquesta col·labori.

El 80% de les entrevistades va confirmar haver sigut testimoni d'algun tipus de VO per part de companys de feina; com: violència verbal, administrar medicació innecessària, abús de les intervencions, atenció deshumanitzada, realitzar episiotomies innecessàries.... aquests no tenen la percepció de practicar VO ells mateixos, però si ho veuen habitual en els demès companys.

Sobre el coneixement de la VO entre els professionals de la salut, els resultats van ser els següents: el 40% havia sentit a parlar sobre la VO, el 20% havia llegit sobre el tema, el 30% mai havia sentit a parlar i el 10% no tenia interès en saber sobre VO. En els seus testimonis no es va observar un fort coneixement sobre el tema, però si van conceptualitzar-la d'una manera superficial.

Finalment, els autors declaren que la resposta a la VO és humanitzar l'atenció que es presta a les dones embarassades. S'ha d'humanitzar al persona sanitari i a totes les persones. Cal que els professionals mantinguin un relació d'igualtat amb la dona i han de fomentar la seva autonomia en el moment del part; essent ella la protagonista del seu embaràs i encoratjar-la a prendre decisions sobre la seva manera de donar a llum.

Mena- Tudela et al. (56) busquen avaluar la percepció d'estudiants de ciències de la salut sobre la VO i com canvia la visió després de ser sotmeses a una intervenció educativa.

Es van realitzar un qüestionari de 33 ítems sobre VO i dividies en 4 moments (abans del part, durant el part, en cas de cesària i després del part); les quals també estaven relacionades amb dades sociodemogràfiques.

Es va realitzar un seminari de 8 hores on incloïa un teatre, dues taules rodones sobre professionals i experiències i una *master class* sobre VO. Es van recollir 107 qüestionaris, dels quals el 89,9% eren dones les que van respondre.

Respecte a la comparació del pre i el post-intervenció, es va destacar, que a excepció d'unes pocs ítems, totes les mesures representaven diferències estadísticament significatives. Dels 33 ítems, el 84,84% van augmentar en la percepció de VO i el 75,75% van demostrar relació entre el nivell sociodemogràfic, el gènere, l'estudi i el curs que cursava. Al qüestionari hi havia variables com: l'afaitat públic, l'ús d'ènemes, la separació del nounat amb la mare, el fet de que la mare estigui acompanyada durant el procés de part, la promoció de lactància immediata, l'ús sistemàtic de l'episiotomia, i la ruptura precoç de les membranes per induir al part. D'aquests, l'únic que es va connotar com VO a la pre-intervenció va ser "*donar formula sense el consentiment de la mare*".

Com a conclusions, es va veure que les estudiants de ciències de la salut integren les normalitzacions de la VO durant els seus estudis. Una activitat formativa enfocada a visibilitzar la VO ajudar a crear consciència dels fets entre les estudiants per al futur poder notar aquest tipus de violència i identificar-la.

4.3.Procediments de violència obstètrica

Lansky et al. (46) busquen contribuir a canviar la cultura del part donant valor al part normal i evitar les intervencions innecessàries. Per això, creen una exhibició anomenada *Senses Of Birth* amb la finalitat de promoure el moviment social i la difusió de practiques basades en l'evidència en el part. És una iniciativa innovadora d'educació per la salut. Combina diferents maneres d'expressió i suports: art, teatre, vídeos, fotografies, escenaris... per poder involucrar als espectadors i promoure el pensament crític ,així com aportar informació basada amb evidència científica. Es van organitzar 11 edicions on van obtenir un resultat de 36.444 visitants, on posteriorment es va fer una avaluació dels efectes de l'exposició sobre el coneixement i les percepcions dels visitants sobre el part normal i altres aspectes relacionats amb l'atenció al part: els riscos de la cesària, els drets de la dona i del nadó... el que busquen en el article, es analitzar el perfil de les gestants que van acudir a *Sense of Birth*, la seva

percepció i els efectes socioeconòmics-demogràfics i assistencials relacionats amb la violència obstètrica.

La població del estudi que va predominar al *Sense of Birth* van ser dones amb nivell educatiu alt i ingressos, també, dones preparant-se pel part. El resultat de haver patit violència obstètrica en les dones entrevistades, va ser d'un 12%, el qual va augmentar un 25% amb l'exposició de *Sense of Birth*. Alguns dels resultats dels procediments patits per les dones van ser: 21,7% van ser sotmeses a la maniobra de *Kristeller*, el 17,8 % van donar a llum en posició de litotomia, el 29% van ser sotmeses a episiotomies, un 16,7% no van utilitzar mètodes farmacològics durant el part un 16,7% no va tenir contacte amb el seu fill la primera hora de vida.

Amb aquests resultats, es va demostrar que la violència obstètrica és un problema invisibilitzat i que falta molta informació. Amb iniciatives com *Senses of Birth*, ajudem a mobilitzar la societat i ajuden a conscienciar sobre el problema i difondre les bones practiques en el part i reduir les intervencions innecessàries, els excessos de cesàries i la mortalitat previsible.

Mena-Tudela et al. (47) realitzen un estudi per determinar la variabilitat de la violència obstètrica a les diferents comunitats autònomes d'Espanya. Les lleis espanyoles fan que hi hagi una descentralització del sistema sanitari i això provoca major incidència de la violència obstètrica (VO).

Es van realitzar 17,542 qüestionaris a diferents dones que havien parit a Espanya, diferenciant entre haver estat a un hospital públic, privat o mixt. L'estudi va analitzar la presència de violència obstètrica com criteri d'equitat interterritorial i que un 38% de les dones havien afirmat patir violència obstètrica, sent aquesta xifra notablement més elevada que a altres països d'Europa (Itàlia presenta un 21,1%). Es va observar que aquesta VO es produïa al embaràs, al part, al puerperi, situacions com l'avortament espontani, al post avortament i durant tot el cicle reproductiu. El fet de donar a llum a una clínica privada també va demostrar tenir més risc de patir VO, ja que presenten protocols més obsolets; menys humanitzats i on la part emocional i psicològica està més descuidada.

En conclusió, es destaca aportar confiança a les dones, ja que és típica la por o la vulnerabilitat en alguns dels processos del embaràs. En moltes ocasions les dones no expressen els seus dubtes o inquietuds, provocant una perpetuació inconscient de la VO. Per això, es necessari reflexionar sobre les practiques obstètriques i tenir consentiment informat de les dones, les quals en ocasions es poden sentir completament dominades per la autoritat tècnica-científica del personal sanitari patriarcal de la violència estructural.

Mena-Tudela et al. (48) realitzen un segon estudi per determinar el nivell de medicalització i intervencionisme durant el part a Espanya. Van utilitzar els mateixos qüestionaris de l'estudi anterior (47). Es van obtenir els següents resultats: a un 23,6% de les dones van utilitzar fòrceps i ventoses, un 21,5% va ser sotmesa a la Maniobra de Hamilton, un 27,9% no estava acompanyada, un 42,1% li va faltar informació, un 7,7% va ser afaitada als genitals, a un 9,1% van aplicar un ènema, al 34,3% no se li va permetre menjar o beure durant el part, al 39,5% va tenir moviments restringits, a un 31,9% va ser sotmesa a palpacions vaginals constants, a un 36,3% es va provocar l'amniorrexia, en un 48,3% van utilitzar oxitocina, un 31,9% va ser sotmesa a la maniobra de *Kristeller*, a un 21% es va provocar el pinçament d'hora del cordo umbilical, al 39,9% es va realitzar la gepisiotomia, al 16,9% es va dur a terme una cesària innecessària, al 11,2% es va extreure la placenta manualment, a un 36,9% es va separar a la

mare del bebè sense motiu justificat, al 13,6% li van donar el biberó al recent nascut sense consentiment, al 32,1% es van emportar al bebè per alguna prova o tècnica i al 10,1% altres intervencions.

Amb aquests resultats, s'observa de que els nivells de medicalització i intervencionisme durant el part a Espanya són preocupants. Les intervencions que es duen a terme tenen conseqüències físiques, mentals i emocionals en quant a la vida sexual i reproductiva de les dones; també provoca una vulnerabilitat durant el seu part i embaràs. Tot i que en alguns entorns es practiquen algunes tècniques massa tard, altres dones reben masses intervencions i massa aviat, amb possibles conseqüències tant per a la mare com per al nadó.

Castro i Frías (53), volen avaluar la prevalença i els factors associats a les experiències de la VO de les dones entre 15 i 49 anys que han donat a llum els últims 5 anys a Mèxic. Es va passar el qüestionari *2016 National Survey on Household Relationship Dynamics* a 24,126 dones.

Els resultats d'aquest estudi van revelar que un terç de les dones (33,3%) van experimentar VO: el 23,6% va experimentar maltracta i el 17,1% intervencions sense consentiment, ambdues formes de VO; tant el l'àmbit privat com en el públic.

També es destaca l'alta prevalença de les cesàries entre les dones mexicanes, tant en institucions públiques com privades. Dos terços de les dones (67,7%) van donar ser sotmeses a cesàries a l'àmbit privat, i el 52,4% en l'àmbit públic.

Les xifres observades en aquest estudi reforcen l'argument de que la VO és, una altra forma de violència de gènere i exercida únicament a les dones quan es troben en una situació de vulnerabilitat. Per tant, és imprescindible dissenyar polítiques per prevenir i eradicar la violència contra les dones en qualsevol de les seves formes.

5.DISCUSSIÓ

Com s'ha observat, als nostres hospitals i arreu del món es pateix la violència obstètrica (VO); la qual és una forma més d'expressió de la violència masclista i de gènere. Es maltracten i s'abusa de les dones que van a donar a llum pel simple fet de ser dones i estar en una situació de vulnerabilitat perquè s'ha imposat socialment d'aquesta forma.

5.1. Percepció de les dones

La relació paternalista metge/ssa- persona atesa, ha fet que les dones es posicionin en una situació d'inferioritat envers als professionals sanitaris, donant tota la responsabilitat i la pèrdua d'autonomia d'elles mateixes. Amb això, és suma el fet de que en moltes ocasions, com van observar Diouldé Balde et al. (51), s'accepta la violència obstètrica i fins hi tot es culpen a elles mateixes, s'expliquen els fets violents d'una manera natural, demostrant la freqüència dels actes (54).

El fet de que la VO sigui una violència tant invisibilitzada i on hi hagi tan poca veu, també fa que les dones no siguin conscients del que estan patint és una violència per fet de gènere. Com es van observar Lansky et al. (46) el tant per cent de dones que havien confirmat patir violència obstètrica va augmentar un 13% al fer la seva iniciativa *Sense of Birth*. Moltes dones no perceben ser víctimes de la VO, a causa de la ignorància de l'existència d'aquesta i són incapaces de identificar les vivències com abusives cap a les seva integritat física, psicològica i moral (42).

5.2. Procediments de violència obstètrica

El transcurs del part, el qual és un procés natural i fisiològic, s'ha convertit en una manera d'intervenir i medicalitzar a les dones que donaran a llum. Es realitzen centenars de tècniques invasives sobre els cossos de les dones, molts cops sense consentiment, i d'altres sense que elles tinguessin la suficient informació com per poder triar. Es realitza pressió sobre les panxes de les mares per accelerar el part (L'anomenada *Maniobra de Kristeller*, on a Espanya la incidència és del 31,9%), s'indueix e part mitjançant un tacte vaginal per accelerar el procés (21,5% a Espanya) (48), es realitzen episiotomies sense consentiment i fins i tot sense anestèsia (52), es separa a la mare del bebè al néixer, es nega la presència d'acompanyants i es fa compartir els llits amb diferents parteres (49), es nega l'ajuda a les dones, les fan parir al terra, les bufetegen i les criden per que facin cas a les seves ordres (51), entre d'altres procediments que formen la violència obstètrica com a forma d'abús i violència de gènere.

5.3. Percepció del personal sanitari

S'han convertit en pràctiques habituals dia a dia als nostres hospitals que fins i tot el personal sanitari l'ha minimitzat i no és conscient que aquestes pràctiques són violentes i representen faltes de respecte cap a les dones. Els professionals no ho detectaven d'aquesta forma, ja que ho relacionaven amb el cansament de les llevadores, la sobrecarrega de feina i l'estrès (52). Fins i tot les dones són ateses per personal poc format en l'àmbit obstètric, el que representa una manera més d'abús i maltractament cap a les dones embarassades (44). Per aquests motius, el part per a moltes dones s'ha convertit en una experiència traumàtica, fins i tot també per aquells professionals que la presenciaven (45).

6.LIMITACIONS I DIFICULTATS

La primera limitació de l'estudi fa referència a la poca bibliografia que hi ha en països europeus. La majoria són articles de l'Amèrica Llatina o països subdesenvolupats. Per aquest motiu, per fer una recerca més enfocada en el nostre sistema d'atenció al part, es va veure

amb limitacions a causa d'haver-hi molt poca informació o fins i tot nul·la. A causa d'això, la segona limitació del treball va consistir en que molta informació era molt específica d'un país en concret i no servia per una visió global de la violència obstètrica.

7.CONCLUSIONS

Els resultats obtinguts, en la present revisió bibliogràfica, han determinat que la violència obstètrica és existent tant en els nostres hospitals com els d'arreu del món. S'infravalora, es minimitza i no es respecten a les dones en el seu moment de donar a llum i en tot el procés d'embaràs només pel fet de ser dones en una situació que generalment s'ha connotat com a vulnerable.

La violència obstètrica és una violència invisibilitzada que fins hi tot qui la generen i qui la pateixen no són conscients d'aquests fets. Es tenen tan interioritzades les violències masclistes que aquest fa que ho acceptem, i fins i tot ens les dones es sentin culpables per això. Els parts s'han convertit en una manera de violència i de patologització; quan hauria de ser un procés natural, fisiològic i del que sentir-nos-en orgullosos.

Un gran numero elevat d'estudis verifica que els procediments violents i irrespectuosos que es duen a terme cap a les dones a l'hora de donar a llum, infinitats de tècniques i formes de treballar totalment contraindicades en l'atenció al procés del part. És una forma més de posar a les dones en segon pla i sortir com a protagonistes de l'experiència els professionals de la salut. Per aquest motiu, és de gran necessitat visibilitzar aquest tipus de violència, seguir fent estudis i projectes per donar a llum que fins i tot en un procés únic de les dones, s'ha convertit en una forma d'expressió de maltractament cap a les dones.

8.APLICABILITAT A LA PRÀCTICA

Aquest estudi és necessari per a la infermeria ja que el primer pas per poder fe front és ser conscients dels fets i després poder treballar per fer un canvi en el model d'atenció al part que tenim actualment. Tant les infermeres com generacions pròximes han de saber que és el que succeeix per poder donar veu des del primer contacte amb la persona atesa. És imprescindible treballar aquests fets per poder fer un canvi de visió i deixar que les dones siguin les protagonistes en el seu propi part.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Mundial Sobre La Violencia Y La Salud. Organ Mund la salud. 2015;2-3:1-11.
2. Montoya EC. Exploración del concepto de violencia y sus implicaciones en educación. Política y Cult. 2016;(46):77-97.
3. Prevención de la violencia - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
4. Galtung J. La violencia: cultural, estructural y directa. J Peace Res. 1990;27:291-305.
5. Galtung J. Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia [Internet]. 1998. 132 p. Available from: <https://www.gernikagoratur.org/portfolio-item/tras-violencia-3r-reconstrccion-reconciliacion-resolucion-galtung/>
6. Larizgoitia I. Violence is also a public health issue. Gac Sanit. 2006;20(SUPPL. 1):63-70.
7. OMS | La violencia puede afectar a cualquiera. WHO. 2015;
8. OMS | Violencia contra la mujer [Internet]. [cited 2020 Dec 24]. Available from: https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/
9. Catalunya G de. Pla de seguretat i atenció a les víctimes de violència masclista i domèstica , 2015-2018. 2015;1-77.
10. Montoya Y. Definición de Violencia de Género. Inst la mujer y para la Igual oportunidades. 2004;1.
11. Parlament de Catalunya. Llei 5/2008 del dret de les dones a erradicar la violència masclista. Butlletí Of del Parlam Catalunya [Internet]. 2008;129. Available from: <https://www.parlament.cat/document/nom/TL75.pdf>
12. Raquel Osborne. Apuntes sobre violencia de género. Rev Int Sociol. 2011;69(2):535-40.
13. Violencia contra la mujer [Internet]. [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
14. Hechos y cifras | Qué hacemos: Poner fin a la violencia contra las mujeres | ONU Mujeres – Sede [Internet]. [cited 2021 Jan 2]. Available from: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
15. Tipos de violencia | ONU Mujeres – Sede [Internet]. [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
16. Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes [Internet]. [cited 2020 Dec 26]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000500005
17. Tipos de violencia contra las mujeres | ONU Mujeres – Colombia [Internet]. [cited 2020 Dec 26]. Available from: <https://colombia.unwomen.org/es/como-trabajamos/violencia-contra-las-mujeres/tipos-de-violencia>

18. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Document operatiu de violència sexual Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. 2009.
19. Matrimonio forzado y protección internacional – Mujeres Refugiadas [Internet]. [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://mujeresrefugiadas.accem.es/matrimonio-forzado-y-proteccion-internacional/>
20. ¿Qué es el ciclo de la violencia? - Programa d'atenció sanitària a la violència de gènere o domèstica [Internet]. [cited 2020 Dec 28]. Available from: <http://sivio.san.gva.es/146>
21. Family Violence: What Health Care Providers Need to Know - Rose Fife, Sarina Schragger - Google Libros [Internet]. [cited 2020 Dec 28]. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zm4qMCVSDXMC&oi=fnd&pg=PA23&dq=cycle+of+abuse+lenore+walker&ots=yxwBI1wUfJ&sig=l4FTI3bimylcsYY93Bf5bv1v0Oo#v=onepage&q=cycle+of+abuse+lenore+walker&f=true>
22. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la atención sanitaria ante la violencia de género. Red andaluza Form contra el maltrato a las mujeres. 2009;(D.L. Sevilla):11–20.
23. Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu [Internet]. [cited 2021 Jan 5]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100013
24. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud Declaración de la OMS. Declar la OMS [Internet]. 2014;1–4. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=657F79222E756730592D601CEE39C812?sequence=1
25. Nuestro EP es. Observatorio de la Violencia Obstétrica [Internet]. [cited 2021 Jan 3]. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/observatorio-de-la-violencia-obstetrica>
26. Medina G. Violencia obstetrica. Rev Derecho Fam y las Pers. 2017;2–5.
27. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. 2013;1(7):25–34.
28. ONU. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. 2019;
29. Rapporteur N. Resolució ASSambla Parlamentària del Consell Europa sobre VO setembre 2019. 2019;(September):1–14.
30. Departament de la Presidència. LLEI 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, de. 2020;1–15. Available from: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/8303/1828756.pdf>
31. Adán C., Birulés F., Biurrun-Garrido A., Botet F., Brigidi S. CEY. Análisis histórico de la violencia obstétrica. 2018;(December).
32. Fernández Guillén F. Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos? El consentimiento de la

- mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil. *Med Natur.* 2006;10(1):507–16.
33. OMS | Embarazo [Internet]. [cited 2021 Jan 5]. Available from: <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
 34. Información sobre el embarazo | NICHD Español [Internet]. [cited 2021 Jan 5]. Available from: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion>
 35. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018. 212 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
 36. Episiotomía: cuándo es necesaria y cuándo no - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2021 Jan 5]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/episiotomy/art-20047282>
 37. Parto y nacimiento | womenshealth.gov [Internet]. [cited 2021 Jan 5]. Available from: <https://espanol.womenshealth.gov/pregnancy/childbirth-and-beyond/labor-and-birth>
 38. ¿Qué es el puerperio? ¿Cuánto dura? | El Parto es Nuestro [Internet]. [cited 2021 Jan 5]. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/posparto/que-es-el-puerperio-cuanto-dura>
 39. Care in Normal Birth: A Practical Guide. *Birth* [Internet]. 1997 Jun 1 [cited 2021 Jan 4];24(2):121–3. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x>
 40. WHO | Individualized, supportive care key to positive childbirth experience, says WHO. WHO [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 6]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/en/>
 41. Por qué la OMS recomienda reducir las intervenciones médicas en los partos | Noticias ONU [Internet]. [cited 2021 Jan 6]. Available from: <https://news.un.org/es/story/2018/02/1427121>
 42. Ribeiro D de O, Gomes GC, Oliveira AMN de, Alvarez SQ, Gonçalves BG, Acosta DF. Obstetric violence in the perception of multiparous women. *Rev Gauch Enferm.* 2020;41:e20190419.
 43. Santana-brito R. Forms of obstetric violence experienced by mothers who had normal birth. *Enfermería Glob.* 2016;71–9.
 44. Paula E de, Alves VH, Rodrigues DP, Felicio F de C, Araújo RCB de, Chamilco RA da SI, et al. OBSTETRIC VIOLENCE AND THE CURRENT OBSTETRIC MODEL, IN THE PERCEPTION OF HEALTH MANAGERS. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 4];29. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0248>
 45. Oliveira VJ, Penna CM de M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto e Context Enferm* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2021 Feb 16];26(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>
 46. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women

- childbirth experience. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-6442-3358>
47. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, Manuel González-Chordá V, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Jesús Valero-Chilleron M. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *Int J Environ Res Public Heal Artic* [Internet]. Available from: www.mdpi.com/journal/ijerph
 48. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, Manuel González-Chordá V, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Jesús Valero-Chilleron M. Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *Int J Environ Res Public Heal Artic* [Internet]. 2020; Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>
 49. Castro A, Savage V. Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Med Anthropol Cross Cult Stud Heal Illn*. 2019 Feb 17;38(2):123–36.
 50. Diamond-Smith N, Treleaven E, Murthy N, Sudhinaraset M. Women's empowerment and experiences of mistreatment during childbirth in facilities in Lucknow, India: results from a cross-sectional study.
 51. Balde MD, Bangoura A, Diallo BA, Sall O, Balde H, Niakate AS, et al. A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. *Reprod Health*. 2017 Jan 13;14(1):1–13.
 52. Burrowes S, Holcombe SJ, Jara D, Carter D, Smith K. Midwives' and patients' perspectives on disrespect and abuse during labor and delivery care in Ethiopia: a qualitative study.
 53. Castro R, Frías SM. Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *Violence Against Women*. 2020;26(6–7):555–72.
 54. Vedam S, Stoll K, Khemet Taiwo T, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>
 55. Almeida MM, Braz F, Oliveira M. Institutional obstetric violence in birth: perception of health professionals. *Rev Enferm UFPE Line*. 2017;11(9):3346–53.
 56. Mena-Tudela D, González-Chordá VM, Soriano-Vidal FJ, Bonanad-Carrasco T, Centeno-Rico L, Vila-Candel R, et al. Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2020;88(December 2019):104364. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104364>